45e Année. — N° 7. Vendredi 18 Février 1898.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Kyste séreux congénital du cou, par le Dr Le Bec. — **Bibliographie** : Maladies de l'œil, par le Dr Albert Terson, 97. — **Académie des sciences** : *Séance du 7 février* 1898. Présidence de M. Wolf. — Mécanisme histologique de la cicatrisation; réunion immédiate synaptique 99. — De l'influence de la fréquence des mouvements et du poids soulevé sur la puissance maximum du muscle en régime régulier, 100. — Du développement de la fibrille conjonctive, 100. — **Académie de médecine** : *Séance du 8 février* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Les vésicatoires, 100. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 11 février* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Deux cas de spondylose rhizomélique, 101. — **Société de chirurgie** : *Séance du 16 février* 1898. Présidence de M. Berger. — Double ostéotomie pour fracture ancienne de Dupuytren vicieusement consolidée, 106. — Mémoire sur l'instrumentation pour la gastrostomie, la gastro-anastomose, 106. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 29 octobre* 1898. Présidence de M. Dromain, 106. — **Variétés** : Impressions de voyage de deux congressistes à Moscou, 107. — **Nouvelles**, 110. — **Bulletin bibliographique**, 112.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Kyste séreux congénital du cou

Par le Dr Le Bec.
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

L'enfant Marie V..., 2 ans, a présenté, au commencement du 2e mois, une tumeur du volume du petit doigt, siégeant à la partie inférieure gauche du cou. La peau était alors saine et la tumeur indolore. Vers la fin du 2e mois, l'enfant fut atteinte de diarrhée sans gravité. Au commencement du 4e mois le kyste se mit brusquement à grossir, doubla de volume, et atteignit, au dire des parents, la grosseur d'un œuf de perdrix, puis resta stationnaire.

A six mois le kyste était du volume d'un demi-œuf de poule. Une ponction fut faite qui, au dire du médecin, amena uniquement 30 grammes de liquide séreux.

La tumeur resta dans cet état jusqu'à l'âge de 2 ans, mais quand l'enfant criait, la tumeur se tendait et prenait une teinte violette.

Le 15 juillet 1897, dit le père, la tumeur augmenta subitement pendant la nuit. Le Dr Vincent fut appelé, il fit une ponction exploratrice et évacua 100 grammes de liquide séreux d'abord, puis du sang pur. Il me fit appeler et voici ce que je constatai.

Sur le côté gauche du cou est une tumeur s'étendant de la clavicule à l'angle de la mâchoire, en arrière à 2 centimètres au-delà des apophyses épineuses, et en avant jusqu'au larynx, qui est dévié à droite.

La tumeur a près de 7 centimètres de hauteur, 10 de longueur et 7 d'épaisseur.

La peau un peu amincie n'est pas adhérente, et offre une circulation veineuse très accentuée. La surface présente des mamelons et une coloration bleuâtre; dans certaines parties très tendues, une dureté presque cartilagineuse surtout en avant. Or c'est en avant, dit le père, qu'à chaque poussée le kyste a semblé augmenter de volume. Tout le reste est nettement fluctuant.

Opération le 1er août 1897. Sur la partie saillante du kyste je fais une incision verticale allant de l'apophyse mastoïde à l'acromion, et sur cette incision j'en fais tomber une seconde horizontale qui longe la clavicule et atteint le larynx.

Je sépare facilement la peau et le tissu cellulaire, les muscles sterno-mastoïdiens et omoplathoïdien, du kyste, qui se montre bleuâtre et formé de poches juxtaposées. Toute cette dissection est facile tant que je reste dans les parties superficielles; c'est sur les parties latérales que commencent les difficultés.

En arrière, je passe sous le trapèze, et je mets à nu le plexus cervical profond et la partie supérieure du plexus brachial, dont les branches les plus élevées se voient au fond de l'incision. Dans cette région je suis obligé de tailler en plein tissu kystique, parce que là la tumeur est formée par une masse de petits kystes gros comme des têtes d'épingles qui s'infiltrent entre les espaces musculaires.

En haut je sépare difficilement le kyste de la face antérieure des apophyses transverses de l'atlas et de l'axis.

En bas la dissection me conduit sur la face antérieure de la clavicule et de la veine sous-clavière. A ce moment se fait un écoulement, assez abondant, de sang noir. C'est une veine venue de la tumeur qui se jette dans la sous-clavière et que j'ai coupée au ras de cette dernière. Je la saisis avec une pince.

En avant je dissèque la carotide toute entière que j'isole du kyste dans toute sa longueur, sans pouvoir découvrir la veine jugulaire. On voit descendre de haut en bas un mince cordon blanchâtre, large de un millimètre, qui part du niveau de la bifurcation de la carotide, se porte en bas et en dehors, et pénètre dans le kyste. Pensant que c'est peut-être le nerf pneumo-gastrique, je le dissèque avec un soin minutieux ; je le vois s'élargir dans la partie inférieure, au niveau du sternum et je puis alors reconnaître que c'est bien la veine jugulaire, sous la forme d'un simple cordon, qui est ou atrophiée ou plutôt arrêtée dans son développant. Le nerf pneumo-gastrique est invisible.

A ce moment le kyste encore entier a le volume de deux œufs de poule. Comme il gêne par son volume, je l'ouvre. Une grosse poche donne issue à du sang pur et à un gros caillot. C'est la poche qui a été ponctionnée il y a cinq jours et qui s'est remplie si rapidement.

Les autres petites poches contiennent les unes du sang, les autres un liquide séreux jaune clair, qui s'est perdu au milieu du sang et qu'il a été impossible de recueillir pour l'analyser.

Je fragmente donc le kyste et je l'enlève peu à peu. Les poches ouvertes ont une teinte gris rosé et sont lisses, comme les kystes séreux ordinaires.

La partie profonde du kyste est profondément infiltrée derrière l'œsophage et le pharynx. Elle est adhérente à la face interne des corps des premières vertèbres cervicales, jusque du côté droit. En bas la tumeur s'infiltre vers le médiastin derrière le golfe de la jugulaire et adhère au niveau de la veine lymphatique droite. Je vois alors un petit cordon blanc, gros d'un milimètre qui se déchire par les tractions, verse un liquide blanchâtre et je suis obligé de le lier. Est-ce le canal thoracique droit? Je n'ai pas pu le vérifier.

Tout est alors fini, je place des ligatures sur les quelques vaisseaux des parois et je lave la plaie au sublimé et je suture en mettant un drain dans la partie inférieure.

La plaie guérit par première intention en huit jours.

L'examen histologique fait par le Dr Marty au laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph a donné les résultats suivants :

On trouve : 1° Une paroi fibreuse avec quelques alvéoles graisseuses et des vaisseaux entourés de noyaux inflammatoires ; 2° cette paroi est bordée du côté de la cavité par des cellules endothéliales plates, qui ont d'ailleurs disparu sur presque toute l'étendue de la coupe, mais il en reste des débris caractéristiques en quelques points.

Réflexion — Les opérations pour les kystes congénitaux du cou ont toujours été regardées comme périlleuses. Il est en effet impossible de savoir jusqu'où le kyste pénètre, et quelle peut être la solidité des adhérences de la poche kystique avec les gros vaisseaux du cou. Lannelongue, dans son *Traité des kystes congénitaux*; et Walther, dans son article du *Traité de chirurgie*, disent que l'ablation est l'opération de choix, mais que rares sont les cas où cette dissection peut être complètement accomplie sans danger.

Dans un cas très difficile, où le kyste plongeait dans le médiastin antérieur, au voisinage du cœur, Verchère dut s'arrêter et, après avoir enlevé toute la partie cervicale, il laissa la partie inférieure thoracique, qui guérit par un drainage bien fait.

Ceci est une précieuse indication, car c'est là évidemment la marche à suivre, si l'ablation totale du kyste séreux est impossible.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies de l'œil, par le Dr Terson. In-8, 326 p. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1896.

Ce fascicule est extrait du 5e volume du *Traité de chirurgie opératoire* de Le Dentu et P. Debet en cours de publication. Terson a dû se conformer au plan de l'ouvrage et faire tenir en trois cents pages tout ce qu'il avait à dire sur les maladies des yeux. Hâtons nous de dire qu'il a donné ainsi un excellent exposé de ce qu'un médecin qui désire être au courant de toutes les parties de la science médicale doit savoir en opthalmologie. Il a dû restreindre considérablement tout ce qui touche aux membranes profondes de l'œil, qui ne peuvent guère être explorées que par un spécialiste, plus

encore tout ce qui touche aux anomalies de la réfraction, pour étudier principalement les maladies des membranes externes de l'œil, des voies lacrymales et des paupières. C'est en somme la partie de l'ophtalmologie que doit surtout connaître le médecin praticien, et ce fascicule ne sera pas le moins bon de cet excellent traité.

A. Chevallereau.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 janvier 1898. — Présidence de M. Wolf.

Mécanisme histologique de la cicatrisation; réunion immédiate synaptique. — M. L. Ranvier. Si l'on fait à la cornée du lapin deux incisions parallèles, l'une simple, comprenant le tiers ou la moitié de l'épaisseur de la membrane, l'autre pénétrante, c'est-à-dire allant jusqu'à la chambre antérieure, la plaie pénétrante guérit plus vite que la plaie simple. Pour observer aisément ce phénomène paradoxal, il convient que les deux incisions soient à peu près de la même longueur et qu'elles soient faites au centre de la cornée à 1 millimètre l'une de l'autre environ. Les cicatrices étant voisines, on pourra les voir toutes deux dans le champ du microscope, à un faible grossissement, sur des coupes convenablement orientées et faire ainsi une observation comparative.

S'il n'est survenu aucune complication, vers le quinzième jour, la cicatrice de la plaie pénétrante est achevée tandis que celle de la plaie simple est encore en voie de formation.

Dans la plaie simple, l'épithélium, qui remplissait à l'origine la solution de continuité, a bien été refoulé par une néoformation conjonctive qui occupe la région profonde de la plaie; mais il ne l'a été que partiellement et il en reste encore une quantité assez considérable pour figurer, au sein de la portion conjonctive de la cornée, un golfe très accusé.

Dans la plaie pénétrante, au contraire, la cicatrice est linéaire pour ainsi dire et l'épithélium a été refoulé de telle sorte qu'il a presque repris son niveau normal.

Tels sont les phénomènes que l'on observe habituellement dans les deux plaies. Comme ils ne sont pas semblables, il est à supposer que le mécanisme de la cicatrisation y est différent. Il l'est en effet. Von Wyss a déjà constaté que dans les plaies pénétrantes il se forme de la fibrine, tandis que dans les plaies simples il n'y en a pas.

Mes observations sur les modifications inflammatoires des membranes séreuses et l'hypothèse qu'elles m'avaient suggérée m'autorisaient à faire jouer à la fibrine un rôle important dans la cicatrisation. Pour contrôler cette hypothèse, il fallait suivre jour par jour l'évolution des plaies pénétrantes de la cornée jusqu'à l'édification de la cicatrice définitive.

Si l'on examine la plaie quarante-huit heures après l'incision, les phénomènes ne paraissent pas toujours identiques; mais leur variation permet d'en mieux saisir la loi générale.

La région antérieure de la plaie est occupée par une masse épithéliale résultant du glissement et de l'éboulement de l'épithélium circonvoisin, exactement comme dans les plaies simples, tandis que dans sa région postérieure se trouve un réticulum fibrineux. Les mailles de ce réticulum sont remplies d'un liquide séreux contenant des cellules lymphatiques en nombre très restreint.

La masse épithéliale engagée entre les lèvres de la plaie y descend à une profondeur variable et ses rapports avec le réticulum fibrineux ne sont pas exactement les mêmes dans tous les cas. Il peut se faire que leur limite soit bien définie. Au-dessous du bouchon épithélial, se trouve alors une couche formée de filaments de fibrine, rapprochés les uns des autres, comme tassés et disposés à la manière d'un hamac.

L'observation attentive de bonnes préparations conduit, le plus souvent, à reconnaître que les rapports de la fibrine et de l'épithélium ne sont pas toujours aussi simples. Au sein de la masse épithéliale elle-même, entre les cellules qui la composent, on voit des travées fibrineuses. Ces travées sont plus ou moins grosses et forment un réseau plus ou moins compliqué, dont les mailles sont occupées par les cellules épithéliales. Je n'ai jamais vu le réseau fibrineux atteindre la surface même de l'épithélium; mais quelquefois il n'en est pas loin. Voici, sans doute, comment les choses se sont passées : la fibrine s'est formée d'abord et son réseau s'est étendu dans la solution de continuité, puis les cellules épithéliales sont descendues dans la plaie et se sont réparties dans tous les espaces qu'elles ont trouvés devant elles (1). Elles n'ont été arrêtées dans leur migration que par la résistance que leur ont offerte, à un moment donné, les filaments fibrineux qu'elles ont refoulés devant elles. C'est ainsi que se forme, sans doute, cette sorte de hamac dont j'ai parlé plus haut.

Les faits les plus intéressants et les plus significatifs peuvent être observés dans les plaies pénétrantes de quatre jours. A ce moment, les cellules fixes qui avoisinent la plaie se sont hypertrophiées et présentent les signes de la multiplication par division indirecte. Elles ont émis des prolongements simples ou ramifiés qui s'étendent sur les travées du réticulum fibrineux. C'est une propriété bien curieuse des cellules conjonctives, quelles qu'elles soient, propriété qu'elles possèdent aussi bien que leurs sœurs les cellules endothéliales, de s'accoler aux surfaces. Il semble qu'elles aient besoin d'un support. Cette propriété a été mise en évidence par mes premiers travaux sur le tissu conjonctif : tous les histologistes le savent; mais il semble que, dans les plaies pénétrantes de la cornée, il y ait plus qu'un simple accolement.

En effet, sous l'influence des prolongements des cellules conjonctives, les travées de fibrine se modifient. Elles se colorent plus vivement par le carmin, s'épaississent et se

(1) Peu de temps après l'apparition de la Note que j'ai communiquée à l'Académie l'année dernière, sur le glissement et l'éboulement de l'épithélium dans les plaies simples de la cornée, le professeur Nussbaum, de Bonn, qui, comme on le sait, est un des plus distingués parmi les histologistes allemands, m'écrivit qu'un de ses élèves, le Dr Peters, avait fait, sous sa direction, une thèse dans laquelle il avait montré que, après qu'on avait enlevé partiellement, par raclage, l'épithélium de la cornée de la grenouille, on le voyait se former à nouveau, non par la multiplication des cellules épithéliales du voisinage restées en place, mais par l'extension de ces cellules, qui se déplaceraient en vertu de mouvements amiboïdes (Albert Peters, *Regeneration des Epithels der Cornea*; Bonn, 1885). Il n'est point nécessaire d'insister sur les analogies et les différences des recherches du Dr Peters et des miennes. Chacun pourra faire lui-même la comparaison.

rétractent. Elles deviennent des fibres synaptiques. En certaines régions de la plaie, dans sa partie moyenne notamment, leur rétraction peut-être, déjà au bout de quatre jours, assez considérable pour amener au contact les deux lèvres de la solution de continuité.

C'est aussi à cette période de la cicatrisation que des cellules conjonctives, par le fait de la prolifération et de leurs mouvements propres, s'insinuent entre les lèvres de la plaie. On en observe à la surface même des fibres synaptiques.

Que devient le réseau fibrineux inclus dans la masse épithéliale, réseau dont il a été question plus haut? Sur les travées de ce réseau, aussi bien que sur les travées fibrineuses libres, comprises dans le fond de la plaie, les cellules conjonctives hypertrophiées envoient quelques uns de leurs prolongements protoplasmiques. Elles s'y transportent aussi, après avoir proliféré, et transforment le réseau fibrineux en réseau synaptique.

Les fibres synaptiques, en se rétractant, déterminent une segmentation de la masse épithéliale. Les conséquences de ce processus sont singulières et méritent d'attirer l'attention. Les parties de l'épithélium séparées par la segmentation forment des lobules arrondis, semblables à ceux de l'épithélium lobulé. Par la suite, ces lobules sont emprisonnés dans le tissu conjonctif. L'évolution épithéliale s'y poursuivant, il se forme à leur centre des globes épithéliaux, tout comme dans les cancroïdes. A la longue, ils disparaissent entièrement par régression.

Les fibres synaptiques qui se sont formées au sein de la masse épithéliale et qui en ont déterminé la segmentation, deviennent le point de départ d'une vraie formation conjonctive. Comme elles se sont rétractées et que, à leur niveau, les deux lèvres de la plaie se sont rapprochées, l'édification du tissu cicatriciel définitif est facile, et finalement il ne forme plus entre elles qu'une couche très mince. Ce tissu cicatriciel, dont les éléments sont ceux du tissu conjonctif, se constitue de la même façon dans toute l'étendue de la plaie. Partout les éléments conjonctifs qui le forment sont précédés de travées fibrineuses qui, sous l'influence des prolongements protoplasmiques des cellules conjonctives, paraissent se transformer progressivement.

Vers le sixième jour, il n'y a plus de travées fibrineuses, ni de fibres synaptiques. A leur place on observe des cellules et des fibres conjonctives. Ces dernières s'insèrent sur les lames cornéennes sectionnées; mais elles n'affectent pas la même direction. Elles s'entrecroisent dans la cicatrice elle-même et y forment comme une couture dont les fils auraient été passés d'une manière très irrégulière. Les cellules conjonctives de nouvelle formation, qui leur sont interposées, sont munies de prolongements protoplasmiques, au moyen desquels elles sont vraisemblablement anastomosées entre elles. Leur orientation est irrégulière comme celle des fibres au milieu desquelles elles sont comprises.

On observe les mêmes cellules et les mêmes fibres dans les plaies simples, au-dessous de la cicatrice épithéliale; mais elles n'y sont pas précédées de filaments de fibrine, ni par conséquent de véritables fibres synaptiques. C'est pour cela, sans doute, que la réparation y est si lente, alors que dans les plaies pénétrantes le rapprochement des lèvres de la plaie se produit au moins aussi rapidement que dans les plaies de la même étendue et de la même profondeur d'un point quelconque du tégument externe.

La connaissance des fibres synaptiques permet ainsi de se rendre compte de ce paradoxe que j'exposais au début de cette communication; à savoir que les plaies pénétrantes de la cornée guérissent plus vite que les plaies simples de cette membrane.

De l'influence de la fréquence des mouvements et du poids soulevé sur la puissance maximum du muscle en régime régulier. — MM. André Broca et Charles Richet. Dans une note précédente (janvier 1898), nous avons montré que l'on peut maintenir, pendant une heure ou deux, un travail régulier des muscles, en puissance maximum, si l'on se règle d'après la fatigue supportable.

Il existe, bien entendu, de nombreuses causes de variations, dues aux conditions différentes de l'expérimentation. En faisant beaucoup d'expériences croisées, et en prenant des moyennes générales, on élimine ces variations accidentelles et l'on obtient des chiffres qui sont concordants, même à plusieurs semaines de distance. On peut voir ainsi quelles sont les influences de deux facteurs essentiels, la fréquence et le poids, sur la puissance maximum.

Or, pour la fréquence, nous avons pu prouver deux faits importants :

1° *La puissance du muscle augmente avec la fréquence des contractions*;

2° Cette augmentation, dans le cas de fréquences moyennes, est très faible, et la puissance, dans ces limites, est à peu près constante.

Du développement de la fibrille conjonctive. — M. P.-A. Zachariadès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 février 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La Correspondance comprend des plis cachetés adressés par MM. André (de Marseille), Delarue et Hélouis, R. Régnier et R. Vaucaire.

Les vésicatoires. — M. Huchard combat l'usage des vésicatoires dans les maladies infectieuses où ils sont certainement nuisibles, par l'action de la cantharide et l'action de la plaie; il combat le vésicatoire dans la pneumonie où il est sans doute, dans beaucoup de cas, une cause d'aggravation. La pneumonie n'est pas une maladie du poumon, c'est la détermination locale de la pneumococcie sur le poumon, c'est une maladie infectieuse. Dans deux cas, M. Huchard se rappelle avoir observé une rechute de la pneumonie sous l'influence d'un vésicatoire.

C'est dans la pleurésie qu'on a le plus abusé des vésicatoires. Laënnec déjà a observé que le vésicatoire provoquait souvent une augmentation de l'épanchement. Lasègue disait avec raison que la pleurésie n'est pas une maladie de la plèvre. Le plus souvent, 60 ou 70 fois sur 100, la pleurésie est d'origine tuberculeuse; on se demande ce que peut alors faire le vésicatoire.

Le vésicatoire ne peut également rien faire dans les méningites; de même dans les affections chirurgicales.

Il ne reste du vésicatoire que l'action révulsive et analgésique, mais on a pour cela des moyens plus simples et plus inoffensifs. Toutes les excitations cutanées quelles qu'elles soient produisent une augmentation des échanges gazeux, de la consommation de l'oxygène et de l'élimination de l'acide carbonique. Dans la révulsion, il y a à con-

sidérer la révulsion et le révulsif. Toutes les excitations cutanées, sauf précisément le vésicatoire cantharidé, augmentent la phagocytose.

Pour le traitement de la plupart des maladies infectieuses et en particulier de la pneumonie, nous avons dans l'enveloppement froid un bien meilleur moyen de faire l'asepsie de la peau. Par l'emploi des bains froids la mortalité de la pneumonie est descendue à 12,7 p. 100. Aux bains externes il faut ajouter des bains internes, des boissons extrêmement abondantes; on obéit ainsi mieux que par des vésicatoires à l'impérieuse indication d'éliminer des toxines.

M. Panas En chirurgie le vésicatoire est encore très employé à juste titre comme révulsif dans quelques affections des articulations, par exemple dans les hydarthroses. De même, les vésicatoires sont très utiles dans les cas d'engorgements glandulaires; certaines tumeurs considérées comme sarcomateuses ont disparu après l'apparition d'un érysipèle provoqué par un vésicatoire.

On a fait de la révulsion par les injections de teinture d'iode dans le parenchyme de certaines glandes. On tire également un excellent parti du vésicatoire dans certaines méningites.

Dans beaucoup de phlegmons chroniques, de la fosse iliaque ou du ligament large, l'application d'un cautère sur la peau a eu pour effet d'améliorer les malades.

En ophthalmologie, les mouches de Milan ne sont pas abandonnées; des névralgies périorbitaires et des inflammations déjà anciennes subissent, du fait du vésicatoire, une amélioration très notable. Comme révulsif sur le front et les tempes, la pommade de Gondret, la pommade à la vératrine ont également donné de très bons résultats. Les cautérisations au fer rouge ont également été employées dans ces cas.

En ophthalmologie un grand nombre d'opérations n'agissent que par la révulsion, par exemple, le débridement de la commissure externe des paupières dans l'ophthalmie granuleuse, la péritomie dans le pannus; l'iridectomie agit de même pour éclaircir des taies de la cornée.

Dans les données actuelles de la science, le révulsif augmente la phagocytose en faveur de l'organe malade.

M. Cornil recherche l'influence de la cantharidine sur les tissus. Le poison injecté sous la peau porte d'abord son action sur la membrane interne des vaisseaux; elle porte également sur les tubes du rein et peut provoquer de l'albuminurie. Elle peut amener des lésions de néphrite portant à la fois sur les vaisseaux et sur les cellules.

Il n'y a pas lieu de distinguer dans l'action de la cantharidine une néphrite interstitielle et une néphrite parenchymateuse. La lésion porte sur toutes les parties du rein. Nous savons d'ailleurs que la plupart des néphrites portent à la fois sur toutes les parties constituantes du rein.

La congestion vasculaire, la leucocytose, la ventilation pulmonaire peuvent être obtenues autrement que par le vésicatoire, qui est un moyen infidèle et qui laisse après lui une large place ulcérée. L'injection sous-cutanée de cantharidine peut avoir les mêmes avantages sans avoir les mêmes inconvénients.

M. Alb. Robin. M. Huchard m'accorde les vomitifs et la saignée, mais il a fait le procès des vésicatoires en faisant dévier la discussion à ce sujet; j'ai dit que le vésicatoire était un moyen d'activer la ventilation pulmonaire sans aucun dommage. M. Huchard prétend qu'on peut arriver aux mêmes résultats avec d'autres moyens. Il s'appuie sur des expériences. Il est évident qu'un certain nombre d'excitations cutanées augmentent les oxydations, mais elles augmentent les oxydations en général sans augmenter les échanges respiratoires.

M. Huchard croit qu'il est inutile dans les maladies infectieuses de chercher autre chose qu'à éliminer les toxines. Mais un procédé bien supérieur à l'élimination, c'est l'oxydation. Le vésicatoire peut jouer à ce point de vue spécial un rôle considérable.

A 4 h. 55 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 février 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Deux cas de spondylose rhizomélique. — M. Pierre Marie. Les deux malades que je présente à la Société offrent un aspect clinique absolument identique, caractérisé par une soudure complète de la colonne vertébrale en cyphose cervico-dorsale supérieure, coïncidant avec une ankylose complète des deux articulations coxo-fémorales, et une ankylose complète des deux articulations scapulo-humérales.

En outre de ces deux malades j'en ai observé un troisième en 1886, sur lequel j'ai conservé des notes : d'autre part, Strümpell s'est trouvé également en présence de trois cas du même genre, et a récemment publié l'un d'eux; enfin Koehter, dans les *Charité Annalen* de 1887, a rapporté une observation du même genre.

Cette coïncidence d'une ankylose vertébrale complète avec une ankylose des articulations de la racine des membres est un fait particulier qui, en l'absence de toute altération des petites jointures des membres, permet de considérer ces malades comme appartenant à une entité morbide spéciale, tout à fait différente du rhumatisme chronique déformant et pour laquelle je proposerai le nom de spondylose rhizomélique (σπονδυλος = vertèbre d'où spondylose = ankylose rachidienne ; et ῥιζα = racine, μελος = membre d'où rhizomélique = affectant les articulations de la racine des membres).

Du côté des genoux, on note seulement un peu de limitation dans la flexion.

Les petites jointures des membres sont absolument indemnes ; la seule chose à signaler à leur niveau est l'existence de nodosités de Bouchard.

Le thorax est très aplati dans le sens antéro-postérieur, les côtes ont perdu toute mobilité, la respiration est donc purement abdominale. La marche sans béquilles ni cannes est rendue difficile ; elle a lieu comme si un axe unique passait à travers les deux genoux.

Pour rester debout, les malades sont obligés de fléchir plus ou moins les genoux, ce qui leur donne une attitude en Z.

Cette affection n'a été observée encore que dans le sexe masculin ; elle débute dans les dernières années de l'adolescence ou dans la première moitié de l'âge adulte.

Le début vrai de la maladie se caractérise par une douleur extraordinairement violente, et persistante, au niveau du coccyx. Cette douleur est tellement vive qu'un de mes malades a, pendant huit mois, dormi couché sur le ventre pour éviter toute pression sur son coccyx. Chez le second

malade la douleur a duré un an. Puis la soudure vertébrale s'opère progressivement de bas en haut ; les articulations de la racine des membres se prennent d'une façon parallèle.

Il y a eu chez mes malades, quelques poussées douloureuses dans un certain nombre d'articulations, mais sans rougeur ni chaleur.

Le salol m'a donné, à la dose de 3 gr. par jour, de très bons résultats, extraordinaires même chez un de mes malades. C'est certainement à ce médicament qu'il doit de pouvoir marcher tant bien que mal et de rendre quelques services. Avant il était obligé de rester couché.

On ne peut guère se faire une idée de la nature de cette affection ; la blennorragie n'y joue aucun rôle ; la présence des nodosités de Bouchard laisserait supposer qu'il s'agit d'un trouble de la nutrition plutôt que d'une infection.

La spondylose rhizomélique diffère essentiellement de la cyphose hérédo-traumatique.

Traitement des hémorragies par les applications locales de sérum gélatiné. — M. A. Sirédey. L'emploi du sérum gélatiné, dans le traitement des hémorragies, tel que l'a indiqué M. Paul Carnot, m'a donné les meilleurs résultats dans plusieurs circonstances. Depuis quatre mois j'ai traité 11 hémorragies d'une réelle importance : 9 métrorragies, une perte de sang causée par des hémorroïdes internes et une épistaxis interne et prolongée. Ce qui nous a décidé à publier ces faits c'est que le procédé auquel nous faisons allusion nous semble être peu connu.

La technique en est très simple et a été parfaitement indiquée par P. Carnot. On prépare d'abord un véhicule composé de chlorure de sodium 7 grammes. Eau distillée 1 litre. Puis on fait dissoudre de 5 à 10 p. 100 de gélatine ; on stérilise ensuite à l'autoclave sans dépasser 105°. On a ainsi un sérum gélatiné qu'on peut distribuer dans des flacons et qu'on peut conserver chez soi.

On peut ainsi faire préparer à l'avance plusieurs flacons de sérum gélatiné, de contenance variée, et que l'on conserve assez longtemps s'ils sont hermétiquement bouchés. La préparation se solidifie à froid ; sa transparence, sa parfaite homogénéité témoignent de l'absence de colonies microbiennes. On devra rejeter les flacons suspects où l'on croirait reconnaître des cultures. Au moment de s'en servir, on liquéfie, par l'immersion dans un bain-marie chaud, la masse solidifiée.

P. Carnot recommande d'employer le sérum gélatiné en injections et en pansements locaux. Souvent, dans la pratique, un seul de ces moyens suffit pour arrêter l'écoulement de sang.

Lorsqu'il s'agit de métrorrhagies, après avoir, à l'aide d'une injection tiède, débarrassé le vagin des caillots qu'il contient, on se sert du spéculum pour placer, à l'entrée du col utérin un petit tampon de gaze stérilisée bien imbibé de sérum gélatiné, et non exprimé, puis on peut appliquer dans le fond du vagin, sur le col et dans les culs-de-sac, un large tampon également imbibé de la solution de gélatine, et maintenu par quelques tampons secs, déposés à l'entrée du vagin.

Si l'on est en présence d'une hémorragie *post-partum*, et qu'on trouve la cavité utérine béante et d'accès facile, on peut y injecter du sérum gélatiné, ou tout au moins la badigeonner avec un tampon d'ouate imbibé de cette préparation, et y laisser une lanière de gaze stérilisée bien chargée de la solution de gélatine. Mais il n'est pas nécessaire de pratiquer un véritable tamponnement serré, comme on le fait dans les conditions ordinaires.

Lorsqu'il s'agit d'hémorragies à répétition, et que les pansements ne peuvent être pratiqués, au moment opportun, par une personne expérimentée, on doit conseiller aux malades de faire des injections vaginales de sérum gélatiné, en maintenant le siège fortement relevé sur un coussin, le tronc étant un peu incliné en bas, de manière à assurer la stagnation du liquide dans les culs-de-sac vaginaux, au contact de l'orifice cervical. Un bouchon d'ouate placé à l'orifice vulvaire contribue à retenir le liquide dans la cavité vaginale. Ce procédé convient tout particulièrement pour combattre les hémorragies qui surviennent au cours de la grossesse, alors qu'il y a un grand intérêt à éviter les pansements faits directement sur le col utérin.

Chez des jeunes filles vierges, chez des femmes atteintes de cancer, ou qui présentent une sensibilité anormale, on peut également recourir à des injections de sérum gélatiné pratiquées dans les mêmes conditions, ou introduire directement dans le vagin, sans se servir du spéculum, une longue mèche de gaze stérilisée bien imbibée de la solution hémostatique.

Le lavement gélatiné se prend comme un lavement ordinaire ; on peut y ajouter quelques gouttes de laudanum pour le faire garder. Chez certaines personnes la présence du sel provoque des évacuations ; on peut recourir, dans ce cas, à une solution aqueuse simple de gélatine.

Pour combattre les épistaxis, on commence par une injection d'eau bouillie tiède pour nettoyer les fosses nasales, puis on injecte du sérum gélatiné et on applique à l'orifice antérieur un tampon d'ouate ou de gaze stérilisée que l'on imbibe. On échoue quelquefois parce que l'on emploie des solutions trop chaudes dont l'effet coagulant est plus faible.

Comme on le voit, ce procédé d'hémostase est vraiment à la portée de tous les praticiens. Il se recommande à la fois par sa simplicité, par son innocuité absolue et j'ajoute par son incontestable efficacité dans la plupart des hémorragies.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance solennelle du 12 février 1898.
Présidence de M. Aug. Voisin.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4. Lecture du procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

Correspondance manuscrite. — Le Président annonce que, sur sa demande, M. le Préfet de police a décidé l'envoi à la Société de Médecine de Paris du *Compte rendu des séances du Conseil d'Hygiène Publique et de Salubrité du département de la Seine*. Le Secrétaire général est chargé de transmettre à M. le Préfet de police les remerciements de la Société.

A propos des **expertises médico-légales**, M. le Secrétaire général a reçu de Me *Milhaud*, avocat à la Cour d'appel de Paris, ancien secrétaire de la conférence des avocats, la consultation suivante :

« Il y a déjà longtemps que l'opinion publique réclame une réforme des pratiques en vigueur en matière d'expertise criminelle.

Dans le projet de réforme générale du Code d'instruction

criminelle adopté au Sénat en 1882, et dans les divers projets adoptés depuis 1882 par les commissions de la Chambre des députés, le législateur propose d'accorder des garanties nouvelles aux prévenus en matière d'expertise.

Ces garanties porteraient sur le choix des experts et sur le mode de procéder pendant les opérations.

Voici un résumé des dispositions contenues dans le dernier projet de M. Bovier-Lapierre, député, en date du 3 décembre 1895.

Suivant les articles de ce projet, le juge d'instruction ne pourrait désigner comme experts que des personnes figurant sur une liste dressée chaque année par les Cours d'appel *sur l'avis des Facultés*, des tribunaux civils et de commerce.

Lorsqu'un expert aurait été nommé sur cette liste par le juge d'instruction, l'inculpé aurait le droit de choisir sur cette même liste un autre expert, qui assisterait aux opérations de l'expertise, et pourrait faire toutes les observations utiles à la défense du prévenu.

L'idée proposée par les assemblées parlementaires a reçu la pleine approbation de la Cour de cassation.

Dans son savant rapport en date du 17 juin 1896, M. le conseiller Falcimaigne déclare approuver sans réserve l'intéressante partie de la réforme relative aux expertises, telle qu'elle est conçue dans le texte de M le député Bovier-Lapierre.

M. le conseiller Falcimaigne fait observer que les Codes étrangers modernes ont déjà organisé un ensemble de précautions pour protéger les inculpés contre les expertises.

Il cite le Code autrichien, le Code espagnol et le Code belge.

Dans la discussion de la nouvelle loi sur l'instruction préalable du 8 décembre 1897, MM. Thézard et Thévenet ont déposé un amendement pour obtenir que l'inculpé ait le droit de choisir, dans certaines conditions, un expert assistant aux opération de l'expert désigné par le juge.

M. Constans a demandé au Sénat de ne pas joindre à la sienne la réforme de MM. Thézard et Thévenet, afin que la sienne puisse être votée plus rapidement. Mais il a proclamé, à cette occasion, la nécessité et l'urgence d'une réforme sur la question des expertises.

Vous voyez donc que toutes les autorités parlementaires et judiciaires sont acquises à la réforme. Il ne reste plus qu'à attendre que la procédure parlementaire lui permette d'aboutir !

Le seul cas où le principe de l'expertise contradictoire soulève des objections est celui où l'expertise est urgente. Le juge qui nomme un expert peut avoir besoin de le faire opérer immédiatement, s'il craint que les indices de l'infraction disparaissent. En pareil cas ce serait compromettre les résultats de l'instruction que d'attendre que le prévenu ait choisi un contre-expert et que celui-ci ait accepté.

Mais le projet Bovier-Lapierre avait prévu et résolu cette hypothèse, en décidant qu'en cas d'urgence il pouvait être procédé à l'expertise immédiatement, mais que le rapport de l'expert serait aussitôt remis à l'inculpé qui pourrait choisir un expert pour examiner le travail du premier et présenter les observations qu'il soulève.

Le Code allemand est ainsi conçu : les experts appelés par l'inculpé seront admis à prendre part aux opérations d'instruction nécessaires, *pourvu* que leur présence ne soit pas de nature à entraver la mission des experts commis par le juge.

Il apporte donc des restrictions au principe, mais il admet le principe de l'expertise contradictoire.

Je ne crois pas que vous puissiez obtenir davantage que ce que donne le Code allemand. Mais l'adoption du principe serait déjà une excellente réforme, sauf ensuite à protester contre les restrictions. »

Pli cacheté adressé à la Société par l'un de ses membres, M. le Dr Albert Weil.

Correspondance imprimée. — Les journaux ordinaires, et notamment le *Bulletin de la Ligue nationale contre alcoolisme* ; les *comptes rendus du Congrès des Sociétés savantes* en 1897, envoyés par le ministre de l'Instruction publique ; le *Centre médical et pharmaceutique*.

M. de Beauvais prononce, en termes émus et souvent interrompus, par les applaudissements de l'assemblée, *l'éloge de notre fidèle et regretté collègue Duroziez*. (Sera publié.)

M. de Beauvais remercie chaleureusement ses collègues de leurs touchantes marques d'approbation.

M. Fraigniaud, qui a compulsé une grande partie des notes laissées par notre honoré collègue, lit un *résumé des œuvres posthumes de Duroziez*.

Les **Œuvres posthumes de Duroziez**, ce sont les notes, les observations, les travaux originaux qu'il a laissés et qu'une main pieuse a pris le soin de rassembler, pour les offrir à la Société de médecine de Paris. Ce sont des études sur le cœur, les gros vaisseaux ou sujets s'y rattachant. Il en faisait, comme vous avez eu souvent l'occasion de l'en féliciter, son terrain de prédilection. Il avait pour ces travaux, une véritable vocation, doué qu'il était d'aptitudes particulières que développaient encore l'étude constante à laquelle il se donnait. Peut-être avait-il l'intention de réunir tous ces matériaux dans un travail d'ensemble. Les ayant bien en mains, connaissant les sources d'où ils provenaient, ses observations patiemment prises, les malades qu'il avait suivis des mois et des années, il aurait su produire une œuvre pleine d'intérêt. Quelques observations sont complètes, mais d'autres ne sont qu'ébauchées. Cependant, l'énoncé des chapitres se trouve dès maintenant désigné. Je vais donc essayer de vous faire connaître, d'une manière bien imparfaite et en quelques mots, les sujets qu'il avait achevés et ceux pour lesquels il n'avait encore que les documents.

1° *Du délire et du coma digitaliques.* — La digitale fait-elle délirer plus souvent qu'on le croit ? Duroziez est de cet avis. Des doses, même modérées, données pendant quelque temps, peuvent amener ces accidents, surtout quand la fonction urinaire est entravée. La digitale paraît dangereuse dans l'albuminurie, l'insuffisance aortique, la cirrhose, la maladie de Bright, le rhumatisme articulaire aigu. Par contre, les cerveaux congestionnéspar le délirium tremens, le rétrécissement mitral, la fièvre typhoïde, s'en trouvent bien. Il donne à l'appui 15 observations dont 11 avec autopsie. Je dois dire que ces observations datent de 1874, époque où on employait surtout les préparations de digitale. Quoiqu'il en soit, ces remarques sont bonnes à retenir.

2° *De l'artère pulmonaire.* — Les signes stéthoscopiques de l'artère pulmonaire diffèrent de ceux de l'aorte, comme ceux des veines diffèrent de ceux des artères. Le type continu est leur caractère.

3° *Des bruits de l'artère pulmonaire.* — Ils ont une forme

spéciale due à la constitution spéciale de la paroi et du sang. L'artère pulmonaire étant intermédiaire entre les veines et l'aorte, retient quelque chose de la jugulaire pour la forme des bruits. La circulation n'y est pas la même que dans l'aorte. La paroi n'a pas la même puissance, elle pousse le sang plus mollement. Les bruits y prennent facilement la forme continue.

4° *Du souffle ambigu, d'origine indéterminée.* — Un souffle intense, dit Duroziez, répandu sur une grande surface, mérite comme support, un rétrécissement, ou une insuffisance. Cependant l'individu chez lequel il existe vit de longues années. Il est donc probable que la lésion est insignifiante. Mais les malades ne meurent pas à point nommé. La lésion étant imperceptible, chacun peut invoquer le mode qu'il préfère, avec d'autant plus de chaleur qu'il n'a pas à craindre la preuve du contraire. Vous voyez quel chapitre a du écrire à ce propos notre regretté collègue, avec son esprit porté au scepticisme et sa bonhomie charmante. Et vous avez en même temps son opinion sur les soufles ambigus d'origine indéterminée.

5° *Bruits chlorotiques.* — Il n'est pas de limites à fixer, à l'intensité des bruits et à la variété des rythmes chlorotiques. Dans la chlorose le sang artériel est modifié comme le sang veineux. On trouve ces bruits à partir de 14 ans, avec leur maximum de fréquence à 18 ans. Les erreurs les plus considérables peuvent être commises. Mais accompagnés des souffles intenses du cou, souffles à large base, ces soufles sont le plus souvent chlorotiques.

6° *Souffle chlorotique scléreux.* — Il est constitué par un claquement fort suivi d'un soufle simple ou segmenté que ferme un claquement fort. Duroziez a désigné ce bruit, par un mot particulier : daffoutt qui lui appartient. C'est le bruit chorotique du cœur scléreux, du cœur sénile Il existe surtout chez l'homme à partir de 40 ans, quand arrive l'artériosclérose, on le trouve au cœur, quand on entend au cou des gens âgés des bruits chloroliques auxquels il est lié.

Suivent de nombreuses observations.

7° *Souffles chlorotiques et extra cardiaques.* — Personne ne conteste les bruits chlorotique du cou, on les retrouve à l'aine, à l'épigastre, derrière la 1re pièce du sternum, au niveau des veines caves supérieure et inférieure. Ont-ils le droit d'asile dans le cœur? Cette question, résolue par la négative, ne parait pas tranchée pour Duroziez, qui consacre de longues pages à défendre son opinion. Elles sont intéressantes à lire, pour ceux surtout que ces controverses sont susceptibles de captiver comme lui.

8° *Rétrécissement mitral chez l'enfant et le nouveau-né.* — Le rétrécissement mitral existe à partir de six ans, surtout à partir de douze ans. Les lésions des cavités gauches remontent jusqu'à la naissance, ne vont pas plus loin. Chez le fœtus les lésions sont à droite. Les unes et les autres appartiennent au rhumatisme. Le rétrécissement de l'orifice pulmonaire, origine de la plupart des vices de conformation, est rhumatismal. Le rhumatisme est héréditaire et se montre depuis la conception, jusqu'à l'âge avancé.

9° *Lésions d'orifices.* — Voici maintenant une statistique des lésions d'orifices, chez l'homme et chez la femme, les unes avec rhumatisme, les autres sans antécédent rhumatismal. Cette statistique établit ce qui suit :

Rétrécissement mitral : 137 hommes, 454 femmes ; 244 cas avec rhumatisme contre 347 sans rhumatisme.

Insuffisance mitrale : 123 hommes, 148 femmes ; 171 cas avec rhumatisme contre 100 cas sans rhumatisme.

Le rétrécissement mitral, l'insuffisance mitrale surtout, sont particulièrement des lésions de la femme (260 hommes contre 602 femmes). Cette prédisposition a sur sa vie et celle des enfants qu'elle est appelée à avoir une importance considérable.

L'insuffisance aortique, le rétrécissement aortique, l'anévrysme de l'aorte, l'insuffisance tricuspide, le rétrécissement de l'artère pulmonaire, l'endocardite, la péricardite, sont plutôt les lésions de l'homme ; 657 hommes contre 324 femmes et les lésions sans rhumatisme 758 contre 156.

Poursuivant sa statistique, Duroziez a fait celle des lésions autres que celles d'orifice, comprenant l'artério-sclérose, l'albuminurie, l'asthme, l'ictère, le cancer, l'emphysème, la myocardite, la tuberculose, la syphilis. Il a séparé les cas sans rhumatisme des cas avec rhumatisme, la présomption étant pour la lésion orificielle, quand il y a rhumatisme, bien que tout individu touché par le rhumatisme ne soit pas atteint au cœur ; il donne les chiffres suivants : 839 cas chez l'homme et la femme sans rhumatisme, contre 145 cas avec antécédent rhumatismal.

Et enfin pour la chlorose, la chlorose sénile, le pouls lent, la tachycardie, le goitre exophtalmique un total de 384 cas, dont 313 chez la femme, parmi lesquels 71 cas avec rhumatisme. Dans ces deux catégories, le rhumatisme non seulement ne commande plus, mais baisse considérablement. Dans la deuxième la femme surtout est atteinte.

Un dernier chapitre aurait eu pour titre :

10° *Etude de la menstruation dans les maladies du cœur.* — C'eût été l'étude des rapports du cœur et de l'ovaire, qu'il voulait entreprendre. L'ovaire et le cœur réagissent l'un sur l'autre, et l'ovaire, malgré sa petitesse, a le grand rôle, dit Duroziez. Mais cette étude n'a été que préparée. J'ai trouvé des notes, une statistique avec plus de 150 cas qu'il a suivis. Je ne puis vous présenter que sous forme d'aphorismes ce que j'ai recueilli de mes lectures.

L'époque de la menstruation, chez les cardiaques, ne semble pas sensiblement modifiée. Elle serait plutôt précoce, ainsi que la ménopause.

— Si la menstruation se fait tardivement, le cas est défavorable pour la vie de la femme et défavorable aussi pour l'enfant.

— La ménopause tardive, au contraire, est favorable.

— Généralement les cardiaques sont mal réglées, ont peu d'enfants, sont menacées d'hémiplégie.

— Il importe que la femme atteinte de maladie de cœur soit bien réglée. Il importe surtout qu'elle le soit.

— On est surtout frappé de l'irrégularité, de l'abondance ou de la misère des règles chez les cardiaques. Les grossesses sont nombreuses, ne tuent pas la femme, mais le plus souvent ne servent à rien. On va à travers les fausses couches, les accouchements avant terme, les morts-nés, les enfants qui meurent vite. On se heurte, à chaque pas, à l'hémiplégie qui est le grand danger du rétrécissement mitral pur. La femme cardiaque est une infirme, sans cesse menacée, et ce n'est pas seulement elle, car l'enfant l'est aussi.

En parcourant ses notes, en pénétrant pour ainsi dire dans son intimité, j'ai été frappé de la quantité de documents que notre regretté collègue accumulait et de quelle patience il disposait. C'est que Duroziez n'était pas seulement un chercheur, c'était un travailleur apportant dans

ses recherches une grande précision scientifique, c'était surtout un ami de la vérité.

M. Guépin lit le **Rapport de la Commission du Prix Duparcque.** — La Commission du Prix Duparcque, composée de MM. Polaillon, de Ranse, Doléris, Weil et A. Guépin rapporteur, a eu à examiner trois mémoires présentés dans les conditions requises.

Le premier mémoire, ayant pour titre : *La mort après la laparatomie*, s'efforce de mettre en lumière et à leur place, tous les facteurs de la terminaison fatale après cette intervention. En règle générale, d'après l'auteur du travail, c'est toujours une complication de la maladie pour la quelle on a opéré, qui fait succomber le malade : shock, hémorrhagie ou infection ; parfois encore une technique opératoire défectueuse. Et successivement, il étudie les causes de la mort consécutive aux plaies et contusions de l'abdomen, d'après les résultats de la laparatomie ; consécutive encore à l'appendicite, aux lésions stomacales et intestinales, aux hernies, à l'occlusion, au cancer du rectum, aux affections du foie et de la rate, aux fibromes utérins, au cancer de l'utérus, aux kystes de l'ovaire, aux salpingites et aux suppurations pelviennes

De la lecture de ce long mémoire, fortement documenté, mais peut être insuffisamment critique, ne se détache aucune idée nouvelle et le résultat obtenu ne paraît pas répondre tout à fait aux laborieux efforts de l'auteur.

Le deuxième mémoire, sur *Les hypertrophies spléniques*, comprend trois chapitres et une introduction. Tout d'abord le plan du sujet est nettement dessiné, sans digressions oiseuses. L'auteur borne son ambition à faire un travail de pratique pure et nous pensons qu'il y a réussi.

Les hypertrophies spléniques appartiennent aux affections les plus dissemblables ; elles occupent une place secondaire bien que toujours importante dans les états généraux infectieux ; au contraire, dans d'autres circonstances, la mégalosplénie prend un intérêt capital.

On ne peut mieux faire que de citer le dernier paragraphe de l'introduction qui résume clairement les trois chapitres du mémoire : « Cette étude, est-il écrit, comprendra donc « trois parties : La première forcément un peu terre à terre, « mais indispensable, sera consacrée à la séméiologie, aux « divers moyens d'exploration de la rate. La seconde, parti- « culièrement importante au point de vue de la pathologie « générale, sera consacrée aux congestions aiguës d'obser- « vation journalière dans les diverses infections ; la troi- « sième, particulièrement importante au point de vue du « diagnostic des affections abdominales, sera consacrée aux « hypertrophies chroniques et définitives. Un certain nom- « bre de maladies, syphilis, impaludisme, abcès, lympha- « dénie même, offriront d'ailleurs toutes les formes de tran- « sition entre les hypertrophies aiguës et les hypertrophies « chroniques de la rate. »

Sans entrer dans de plus amples détails, la commission a jugé que l'auteur avait tenu ses promesses, que son travail est de tous celui qui renferme la plus grande part de labeur personnel. Elle lui reproche toutefois, ce que l'on pourrait reprocher à toute revue générale bien faite, de n'avoir point l'originalité et le souci de l'actualité qui caractérisent le troisième mémoire soumis à son examen.

Celui-ci, qui a pour titre « la *Pseudo-appendicite hystérique* », devait forcément et *à priori* attirer son attention ; les qualités d'exposition de l'auteur, la clarté de son style, le sage développement donné à chacun des chapitres de son travail, méritaient de la retenir.

Il a pour but de démontrer que l'origine appendiculaire de certains désordres abdominaux, qui présentent la symptomatologie complète et parfois considérée comme pathognomonique de l'appendicite, est démentie par l'examen direct de l'appendice, l'hystérie seule pouvant servir à les expliquer.

Rappelant une discussion récente à la Société médicale des hôpitaux, la thèse de Mlle Mayer, inspirée par Roux (de Lausanne), l'auteur se défend d'aborder un champ d'études inexploré, en parlant des rapports de l'appendicite et de l'hystérie ; il signale, pour les écarter quelque peu comme déjà connues, les fausses rechutes d'appendicite et l'appendicite avec péritonisme hystérique, et limite ses recherches à l'intervention *seule* de la névrose pour simuler l'appendicite, à la pseudo-appendicite hystérique.

Talamon, en 1892, attira le premier l'attention sur ce point et rapporta une observation due au Dr Shrady (de New-York), que l'auteur rapproche des deux faits personnels sur lesquels il appuie sa démonstration, faits qui ont été recueillis dans le service de son maître, le Dr Nélaton, en 1896.

Après une discussion judicieuse et dont le seul résumé donnerait à ce rapport un volume trop considérable, on arrive au chapitre sixième où se trouvent formulées les conclusions suivantes : Lorsque la nature hystérique des accidents simulant l'appendicite est nettement reconnue, l'opportunité du traitement chirurgical ne saurait être soulevée ; il convient d'appliquer alors le traitement ordinaire de la névrose et la suggestion a particulièrement bien réussi dans deux cas. Au besoin, on rechercherait l'heureux effet de la suggestion opératoire, en profitant de l'anesthésie pour examiner l'abdomen avec un soin minutieux. L'insuccès du traitement psychique et même de l'intervention sanglante est cependant à redouter dans ces circonstances où l'hystérie est uniquement en cause.

Quand, au contraire, le diagnostic reste douteux et que les circonstances paraissent commander impérieusement une opération, il faut faire la laparatomie exploratrice. Doit-on laisser en place l'appendice, porteur peut-être d'une petite lésion dissimulée, point de départ peut-être aussi d'une rechute ou de complications graves ? L'auteur ne se prononce pas catégoriquement.

En somme, la Commission estime que ce travail, dont le tort est de ne reposer que sur deux observations, est consciencieusement achevé ; il est soigné dans sa rédaction et fait preuve chez son auteur de savoir et de sens clinique. Elle se félicite d'avoir eu à constater le mérite des trois candidats au Prix Duparcque.

Attribution du Prix. — La Commission disposait d'une somme de *douze cents francs*, dont six cents représentent le montant du Prix Duparcque, les six cents autres formant le reliquat du capital disponible en 1895 et, dès cette époque (séance du 14 décembre 1895), attribué au prix devant être décerné en 1897.

Elle a l'honneur de proposer à la Société :

1° D'accorder le Prix Duparcque, avec une somme de six cents francs, au mémoire classé sous le n° 3, ayant pour titre : la *pseudo-appendicite hystérique* et pour épigraphe : « En toutes choses, il faut considérer la fin. »

2° Une mention très honorable avec la somme de trois

cents francs, au mémoire classé sous le n° 2, ayant pour titre : *hypertrophies spléniques* et pour épigraphe : « les théories passent et la clinique reste. »

3° De réserver une somme de trois cents francs, qui s'ajoutera au montant du Prix Duparcque pour l'année 1899.

L'unanimité des membres présents adopte les conclusions de la Commission.

L'ouverture des lettres contenant les noms des concurrents donne le résultat suivant :

1° Le *Prix Duparcque*, avec une somme de six cents francs, est attribué à M. le Dr Glantenay.

2° Une *mention très honorable*, avec une somme de trois cents francs, est accordée à M. le Dr A. F. Plicque.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire : Sibut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 février. — Présidence de M. Berger.

Double ostéotomie pour fracture ancienne de Dupuytrein vicieusement consolidée. — M. Kirmisson fait un rapport sur une observation adressée par M. J. L. Faure. Après ostéotomie cunéiforme du tibia et linéaire du péroné, M. Faure dut, pour remédier au valgus qui s'est produit par contracture des péroniers latéraux, faire une ténotomie, puis dédoublement et suture des tendons de façon à obtenir un allongement de 5 centimètres des péroniers.

M. Faure n'a pas fait une résection orthopédique. Par l'ostéotomie au-dessus du cal vicieux, on n'agit pas sur la déformation elle-même, on redresse la jambe il est vrai mais par une situation de compensation. Dans la fracture de Dupuytren, c'est au niveau de l'articulation tibio-tarsienne que siège la déformation, souvent très considérable. Il y a un éclatement du plateau tibial, qui forme un fragment intermédiaire qui va se placer entre le tibia et le péroné, comme un coin, et forme un obstacle invincible à la réduction. Ce sont ces lésions qui persistent après l'ostéotomie au-dessus de la lésion. C'est ce qui est survenu dans le cas de M. Faure, et le malade a continué à marcher mal. Je crois donc qu'à l'ostéotomie double il faut préférer la résection du plateau tibial. Je l'ai fait huit fois et je pense que cette résection donnera un résultat fonctionnel supérieur à celui de l'ostéotomie.

Quant à l'autoplastie tendineuse linéaire, je pense qu'après doublement d'un large tendon comme le tendon d'Achille, on peut encore obtenir un résultat résistant, mais je me demande s'il n'y aurait pas à craindre du sphacèle dans des tendons aussi minces que ceux des péroniers.

M. Reynier. Par l'ostéotomie non articulaire on peut obtenir un résultat qui améliore, mais non parfait. De plus j'ai fait pour d'autres fractures non consolidées différentes résections et même des ablations de l'astragale, mais je ne me suis décidé à ces résections que lorsque l'ostéotomie est insuffisante. Il y a, comme l'a dit M. Kirmisson, des lésions intra-articulaires du squelette tibio-péronier.

La position relative de la jambe et du pied est le point important, il faut que l'axe de la jambe se suive exactement avec l'axe du pied passant entre le 2e et le 3e orteil.

M. Lucas Championnière. Ce qui fait que les résultats ne sont pas aussi beaux qu'on serait en droit de l'espérer par la résection, c'est qu'on ne fait pas assez large. Il faut que le pied soit sur la jambe absolument ballant et puisse se replacer exactement comme on le désire pour que le membre soit utile.

M. Schwartz. Je suis de l'avis de M. Reynier et l'axe du pied doit passer par l'axe de la jambe, mais il faut tenir compte des raideurs articulaires qui peuvent jouer un rôle important dans le résultat fonctionnel de l'intervention.

Mémoire sur l'instrumentation pour la gastrostomie, la gastro-anastomose lu par M. Hagopoff.

Élection. — Au cours de la séance, une élection de membre titulaire : M. Guinard est nommé par 28 voix sur 34 votants.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 29 octobre 1897. — Présidence de M. Dromain.

A propos de la lecture du procès-verbal et relativement à une communication de M. Valude sur la valeur comparée des injections de calomel et des frictions mercurielles pour le traitement d'affections syphilitiques de l'œil, M. Vignes explique que certaines de ces affections se traduisent par des névrites que rien ne signale à l'examen de la papille du nerf optique. Il peut y avoir ainsi des cas de cécité absolue sans que l'aspect clinique et vasculaire de l'œil soit en rien modifié, ce qui rend souvent le diagnostic très délicat. Pour ces affections, M. Valude a recommandé les injections de calomel ; M. Vignes le remplace par l'oxyde jaune à la dose de 10 centigrammes tous les 8 ou 10 jours et n'a jamais observé aucun accident.

M. Genesteix expose qu'à la suite d'une réunion du Conseil général des Sociétés d'Arrondissement, il a été décidé de garder le silence et une prudente réserve au sujet de l'affaire Laporte jusqu'au verdict de la Cour d'Appel. Cette décision du reste n'est que la réalisation d'un vœu exprimé par le Dr Laporte et par son avocat Me Henri Robert.

M. Vignes raconte qu'il a été très difficile d'obtenir de notre confrère Laporte qu'il interjettât appel au jugement qui avait été prononcé contre lui. Ce n'est que le dernier jour du délai qui lui était fixé et sur les instances réitérées de ses amis et de ses défenseurs qu'il se décida à signer au Palais de Justice, où il fut amené presque de force, sa demande en Appel.

M. Genesteix a reçu une lettre de candidature du Dr Tauchon. M. Riocreux est chargé du rapport et M. Depasse est désigné comme rapporteur moral.

M. Genesteix a reçu aussi l'Annuaire des Sociétés Savantes rédigé par leurs Secrétaires généraux.

M. Dauchez lit une communication sur un cas de colite ulcéro-membraneuse avec hémorrhagies intestinales profuses et gravelle intestinale. (Voir *France médicale* 1899, n° 1, p. 2.)

M. Depasse, à propos de cette communication, déclare avoir très souvent et même presque toujours trouvé la coexistence d'une ptose rénale avec cette colite ulcéro-membraneuse. Il cite un cas où cette dernière affection accompagnée aussi de production de sable intestinal, avait fortement fatigué et amaigri un malade. A la suite de l'application d'un appareil qui remonta les reins et de l'administration de lavements huileux, le malade augmenta de 17 kilogrammes en 4 mois !

M. Foucart donne des nouvelles de notre collègue M. Le Coin, dont l'état de santé continue heureusement à s'améliorer de plus en plus.

M. Vignes fait connaître que, depuis trois ans, il traite les irido-choroïdes par des injections sous-cutanées d'iode, et qu'il a obtenu de ce traitement de très bons résultats. Il vient d'obtenir mieux encore en ajoutant à cette thérapeutique la paracentèse de la chambre antérieure, qui exagère la circulaton nutritive de l'œil et par suite permet à l'iode d'y arriver plus facilement et plus abondamment.

M. Vignes cite comme exemple un cas de choroïdite double soigné depuis longtemps sans résultats. Les injections d'iode à la dose de 1 à 5 centigrammes n'amenèrent pas d'amélioration à cette irido-choroïdite qui n'était imputable ni à la syphilis, ni à la tuberculose, mais d'origine rhumatismale. M. Vignes pratiqua alors la paracentèse de la chambre antérieure qu'il renouvela tous les deux jours. L'amélioration fut notable et fit gagner aussi 1/10 à l'œil droit. En mai dernier le même traitement fut fait à l'œil gauche qui recouvra 2/10 en 15 jours. Seulement le malade qui est strabique et qui voyait bien lorsqu'un seul œil avait recouvré la vue est (maintenant qu'il voit des deux yeux) atteint de diplopie. Ainsi le traitement par les injections sous-cutanées d'iode donne lorsqu'on lui associe la paracentèse de la chambre antérieure de l'œil des résultats remarquables là où l'administration des iodures restait impuissante.

Un des secrétaires annuels : Dr G. Ancelet.

VARIÉTÉS

Impressions de voyage de deux congressistes à Moscou.

I

Moscou! nom magique évoquant un pays lointain et mal connu, un peuple sympathique et ami, des souvenirs historiques inscrits au cœur de tous les Français, une vision de l'Orient! Moscou nous avait séduits, et nous avions résolu d'assister au Congrès international de médecine qui devait y tenir ses assises (19-26 août 1897).

Séduits aussi par les programmes suggestifs de l'*Agence des Voyages pratiques*, qui se présentait à nous sous les auspices du Comité d'initiative et de propagande du Congrès, dont le Dr Marcel Baudouin était le Secrétaire général, nous nous y étions adressés avec confiance; mais loin d'avoir à nous en féliciter, nous n'avons eu malheureusement que trop souvent à nous plaindre de cette Agence qui n'a de pratique que le nom.

Sur la foi de belles promesses qui nous avaient été réitérées à Paris, nous partons le 12 août, viâ Belgique et Allemagne, pleins d'entrain et débutant par un voyage nocturne qui devait être suivi de bien d'autres. Nous étions au grand complet, et ces installations défectueuses, dans des compartiments encombrés de voyageurs et de bagages, devaient être pour nous la cause principale de notre fatigue. Oh! les bagages en voyage! Nous conseillerons à nos imitateurs de les simplifier le plus possible; demandez plutôt aux confrères qui, ayant eu la précaution d'emporter des malles confortablement garnies de tout ce que la sollicitude conjugale avait pu prévoir, ont perdu plusieurs jours à les attendre ou à les rechercher, et ont failli arriver à Moscou..... après le Congrès! Une simple valise bien portative, une couverture de voyage, et le gousset bien garni pour acheter en route le nécessaire, c'est tout ce qu'on peut désirer de plus pratique, même et surtout avec une Agence.

Il y a aussi la question des douanes; si les douaniers belges se montrent des plus aimables et ne veulent pas même nous laisser déboucler nos valises quand ils apprennent que nous sommes des Congressistes en route pour Moscou, il n'en est pas de même à Heberstal, où les douaniers allemands examinent tout avec une minutie vexatoire et affectent de ne pas savoir un mot de français. A la gare, il y a des affiches, des avis en toute langue, *excepté en français*; et cette absence de toute inscription dans notre langue suffit pour donner une idée de l'aménité germanique envers la France. Nous nous sentons en pays ennemi, la France est loin! Et nous ne savons pas l'allemand! Nous avons conscience de notre infériorité et nous comprenons mieux la nécessité de donner à nos enfants une instruction plus sérieuse en fait de langues vivantes.

Très pratiques, les Allemands! En sortant de la douane, il était impossible de revenir sur le quai sans passer par le buffet dont les portes de sortie étaient fermées et dans lequel il fallait forcément séjourner; c'était la tasse de café forcée!

Deux heures d'arrêt, le temps de visiter Cologne : cathédrale superbe, fouillis de clochetons, forêt de colonnes, entassement de sculptures ajourées de style gothique, et le tout intact, sans la moindre égratignure! Quel contraste avec nos plus beaux monuments mutilés et déshonorés! Les révolutions n'ont pas encore passé par là; et, si celle qui gronde en Allemagne vient à se déchaîner un jour, espérons que le sens pratique des Teutons les préservera d'un semblable vandalisme. Le pont gigantesque qui traverse le Rhin, nous frappe par sa lourde masse et par les statues équestres de Guillaume Ier qui en décorent les deux extrémités et semblent les garder. *Force et Autorité!* A peine avons-nous mis le pied en Allemagne que nous ressentons cette impression en tout : dans l'aspect des gares qui ressemblent à des fortins, dans les robustes chevaux et les massifs attelages, dans les vastes constructions, peu élégantes, ornementées souvent avec mauvais goût, mais en général solides et commodes. Une autre particularité de Cologne consiste dans les innombrables maisons Farina fabriquant toute l'une eau de Cologne plus authentique l'une que l'autre.

Mais combien l'impression ressentie s'accentue à mesure que la locomotive nous emporte à travers les grandes plaines des pays rhénans et de la Westphalie! Pendant peut-être 150 ou 200 kilomètres, ce ne sont qu'usines métallurgiques, fabriques de machines agricoles, de matières tinctoriales, d'ustensiles de ménage, de produits chimiques et pharmaceutiques, pour lesquels, par suite de droits exagérés et mal interprétés sur l'alcool industriel, nous sommes devenus absolument tributaires de la fabrication allemande, etc., etc.; nous comprenons comment l'Allemagne arrive à inonder de ses produits le monde entier. Et cependant la plupart de ces machines, de ces engins, ont pris naissance dans le cerveau d'ingénieurs français; en France nous inventons, mais nous sommes peu capables de développer, de faire fructifier nos inventions. Il y a

longtemps que le péril teuton est signalé au point de vue industriel : nulle part mieux qu'à Essen on n'en a la nette sensation, et nous en conseillons le voyage à nos chefs d'atelier et à nos ingénieurs.

La vie agricole qui, malgré la fertilité du sol, a passé presque inaperçue à nos yeux fascinés par le spectacle de l'industrie, se révèle en Westphalie par de beaux attelages, la population rurale au travail, des bandes d'enfants; les jupons rouges des femmes ressemblent de loin à d'énormes coquelicots; d'immenses champs de pommes de terre montrent le goût prononcé des indigènes pour le tubercule de Parmentier; ce sont des plaines sans fin, aux sillons droits, où les machines peuvent facilement évoluer et abaisser le prix de la main-d'œuvre; c'est le commencement de ces plaines immenses de l'Europe centrale que nous ne quitterons plus jusqu'à la Volga, et qui, dans leurs parties les plus fertiles du Hanovre, de la Pologne et de la petite Russie, constituent le grenier de l'Europe.

Le lendemain de notre arrivée à Berlin, nous trouvons un guide envoyé par notre Agence; mais aucun de ces guides improvisés, pas plus en Allemagne qu'en Russie, ne connaît ni le pays, ni la langue; et le plus souvent ce sont les infortunés touristes qui sont obligés de guider le guide, le plan et le Bædeker à la main, en tâchant de se faire comprendre dans le plus sommaire langage, parfois réduit à la seule mimique; c'est un comble qu'il n'appartenait qu'à l'Agence dite des Voyages pratiques de réaliser! Rendons-lui cependant cette justice qu'à Berlin l'hôtel était très bon.

Visite rapide de la ville : arbres assez chétifs de la promenade favorite des habitants de Berlin « Sous les Tilleuls », où, soit dit en passant, les tilleuls sont panachés de marronniers; l'ensemble est maigre! Quelques monuments réellement beaux et imposants; la statue de Luther, celles du Grand-Frédéric et surtout le monument de Guillaume-le-Grand. La rigidité berlinoise, de cette ville réglementée, où presque tout le monde porte un uniforme et qui a des allures de caserne, est tempérée par la grande diversité des constructions badigeonnées en teintes douces et souvent décorées de balcons garnis de fleurs; les maisons n'ont en général que deux ou trois étages; aussi la ville, que rien ne gêne dans son expansion, paraît-elle immense. Si la vue est flattée par ces maisons plus ou moins variées et par les fleurs des balcons, l'odorat est impressionné d'une façon peu agréable par les émanations qui s'échappent de grandes boîtes vertes en métal, placées de distance en distance dans les rues, et servant de récipient au crottin des chevaux.

Pas d'automobiles, beaucoup de voitures à compteur, peu de bicyclettes; le beau sexe qui pédale porte la jupe courte; Sa Majesté l'Impératrice, nous a-t-on dit, verrait d'un mauvais œil les dames porter la culotte. Les femmes font de la toilette, mais d'un goût criard, sans élégance; et quels pieds! à rendre des pointures à une Anglaise! Peu de chiens, tous muselés.

Les musées sont bien organisés, bien entretenus, mais en général médiocres, si l'on considère autre chose que le vernis des tableaux, qui est fort brillant; il faut faire exception cependant pour la frise du « Temple de Zeus, à Pergame » et pour le « Trésor de Troie », qui sont des merveilles archéologiques.

Le loyalisme prussien conserve un pieux respect pour la mémoire de Guillaume-le-Grand; à Babelsberg, rien n'a été touché, on trouve partout les souvenirs intimes du vieil Empereur. Le vieux Postdam a été transformé en caserne; et c'est au nouveau palais, pastiche de Versailles, mais non sans grandeur, que Guillaume II a fixé sa résidence habituelle; il y trouve la solitude pour travailler, la proximité de Berlin pour expédier les affaires de l'Empire, de vastes cours pour faire évoluer ses régiments, un lac et une flottille avec marins du *Hohenzollern*, pour satisfaire ses goûts nautiques, de nombreuses casernes et une superbe nature; l'Empereur, militaire et artiste, s'y révèle tout entier!

Après la promenade obligatoire à Sans-Souci, tout rempli encore des souvenirs de Voltaire et embelli d'une façon ravissante par l'art français, nous quittons Berlin avec le regret de n'avoir pas eu le temps de visiter les Universités, ni les cliniques; mais aussi bien sommes-nous en pleines vacances; et nous savons que, de même que les plaisirs de la villégiature ont fait abandonner par leurs aristocratiques propriétaires les riches maisons aux fenêtres closes, les brasseries sont vides d'étudiants et les hôpitaux privés de leurs professeurs, que nous retrouverons à Moscou; c'est sans doute à ces causes que nous devons de n'avoir aperçu ou remarqué ni bel équipage, ni toilette élégante, ni jolie femme.

II

Après un long parcours sans grand intérêt, nous arrivons à Varsovie, que nous visitons à la hâte. Les guides de notre Agence, ignorants de la ville et de ses monuments, en abrègent le plus possible la visite, pour se réfugier dans les brasseries que, par contre, ils connaissent beaucoup mieux. Rues très larges, les unes macadamisées, les autres pavées en bois; mouvement extraordinaire de voitures. Nous admirons des *troïkas*, attelages superbes conduits par des cochers tartares aux vêtements amplement rembourrés; en Russie, plus une maison est riche, plus le cocher est gros! Beaucoup de belles femmes, aux cheveux noirs, à la poitrine opulente, à la toilette aussi élégante que bien portée; sous ce rapport le Jardin de Saxe rivalise avec les Jardins du Luxembourg ou des Tuileries à Paris. La population polonaise justifie sa réputation; on sent la sève d'un peuple exubérant, agité, et on comprend d'intuition l'histoire tourmentée de la Pologne où les ferments insurrectionnels couvent toujours.

Ce n'est pas au quartier juif qu'il faut aller chercher l'élégance et la propreté; tout y est entassé, encombré de marchandises de toutes sortes, de gens déguenillés, d'enfants grouillants et d'une malpropreté sordide; c'est un vrai ghetto!

Au départ de Varsovie, fausses manœuvres, temps perdu, train spécial manqué..... toujours l'Agence pratique! Les 1.300 verstes qui séparent Varsovie de Moscou paraissent longues; la chaleur est torride, + 35°, le train est complet et marche lentement, remorqué par deux locomotives chauffées au bois, ce qui nécessite dans les gares des arrêts interminables pour y charger des monceaux de bûches. Des cheminées des locomotives s'échappe un vrai feu d'artifice fort joli la nuit, mais dont les étincelles sont à craindre pour les vêtements et même pour le visage des voyageurs placés près des portières.

Les buffets, mal garnis, sont pris d'assaut au grand

scandale des placides moujiks qui les desservent ; on boit sans verre, on mange sans assiette, sans fourchette, en affamés ; on mange de tout, on boit de tout : tartines de caviar, tranches de poisson, etc., hydromel, kwass, vodka, etc., etc., c'est un mélange horrible ! Mais les impressions nouvelles ressenties font pardonner à notre Agence inexpérimentée son manque absolu d'organisation.

A chaque gare on perçoit des senteurs d'église qui, depuis Alexandrowo, signalent la Russie ; elles sont dues aux icones plus ou moins riches disposées en chapelle dans un coin des salles d'attente, et gardées par des façons de nonnes chargées d'entretenir pieusement les cierges allumés par les voyageurs. Et toujours et partout nous retrouverons, intimement liées à la vie du peuple russe, ces manifestations religieuses qui étonnent notre indifférence et notre sceptiscisme occidental ; c'est bien *la sainte Russie !*

La plaine russe se déroule sans fin et donne, comme la mer, la sensation de l'immense, de l'infini ; elle est coupée de vastes forêts, de marécages, de cultures etc. Après la Pologne russe, où la culture de la betterave alimente quelques raffineries, la vie industrielle a cessé ; et, d'ailleurs, où l'industrie s'alimenterait-elle ? Les cours d'eau sont très espacés et se bornent à de grands fleuves aux rares affluents, le pays à sol sablonneux est peu habité, les villages disséminés, sans mines, sans produits industriels, sans débouchés ; le chemin de fer qui prolonge ses rails, traçant parfois des lignes droites de cent kilomètres et plus, a rarement autant de voyageurs qu'en ce moment.

III

Moscou ! Moscou ! Comme Napoléon, dont nous avons déploré la folie et que le délire des grandeurs a poussé à sa perte dans les plaines désolées de la Russie, destinées à devenir le tombeau de son armée, le nom de Moscou nous fait tressaillir ; mais nous y débarquons à la nuit noire, suffisamment fatigués par plus de 35 heures de chemin de fer, et l'imprévoyance de nos agents, ici encore, a failli nous exposer à coucher à la belle étoile.

Une courte nuit cependant répare nos forces, et dès le lendemain matin nous nous précipitons dans la rue. Grand Dieu ! que de voitures ! quel mouvement ! Nous ne voulons pas décrire Moscou et faire une nouvelle édition revue, corrigée et considérablement... diminuée du guide Bædeker ; nous ne voulons pas davantage faire le compte rendu des sections du Congrès et de leurs travaux, mais nous ne pouvons passer sous silence la salle du Manège aménagée pour le Congrès, et les desiderata, hélas ! trop nombreux dans l'organisation des congressistes français.

Le Manège est une immense salle rectangulaire de 80 ou 100 mètres de largeur sur près de 200 mètres de longueur, pavoisée, enguirlandée, où la place a été ingénieusement distribuée, où chaque nation a son local et son bureau spécial, où chaque section a sa salle : poste, télégraphe, salle de la presse (on y trouvait trois ou quatre journaux français de quinze jours de date, tandis que chaque jour on y pouvait lire plus de cinquante journaux allemands), banque, etc., etc., rien n'y manque ; à chaque extrémité un buffet, l'un *payant*, où l'on déjeunait bien pour environ un rouble (2 fr. 70), et l'autre *gratuit*, qui a servi chaque jour pendant le Congrès mille déjeuners très bons et très suffisants.

Dans une des salles nous lisons bien sur une grande pancarte officielle : FRANCE ; nous voulons y prendre langue, mais la table et les chaises du bureau sont vides, personne pour donner des renseignements ! Qu'est donc devenu le fameux Comité d'initiative et de propagande ? Nous sommes bien forcés de reconnaître que rien n'a été fait, rien n'a été prévu, et nous ne pouvons avoir aucun renseignement, sinon auprès des Russes, très obligeants, il est vrai, mais très occupés. Un détail entre autres : des ordres avaient été donnés aux commissaires russes de distribuer à *tous* les Français qui feraient connaître leur nationalité des cartes d'entrée pour la séance solennelle d'ouverture du Congrès ; faute d'être renseignés par un commissaire français, bon nombre d'entre nous se sont vus éconduits ou ne se sont même pas présentés pour entrer ; et cependant à la séance d'ouverture bien des places sont restées vides. Les Français ont apporté à Moscou leur esprit d'indifférence, de division, de rivalité, là où il aurait fallu s'unir contre l'étranger.

Le Manège était une véritable fourmilière, où les médecins de toutes les nations se coudoyaient sans se connaître; langue française y était peu parlée. Les médecins français s'y sont ignorés jusqu'au bout ; maints regrets rétrospectifs se sont manifestés au retour, en apprenant la présence à Moscou de quelque ami non rencontré, faute de liste communiquée ou affichée.

Tout a été très bien organisé par les Russes, à grand frais et généreusement ; leur cordialité ne s'est pas démentie un seul instant pendant les fêtes, les banquets, les concerts, etc., qui ont marqué chacun des jours du Congrès ; les Français ont été bien accueillis, mais *individuellement ;* rien n'ayant été prévu par eux, ni organisé *collectivement ;* la France a peu brillé, et si la situation a été sauvée par les savants estimables et honorés qui la représentaient, l'ensemble a fait piètre figure et notre amour-propre ainsi que notre prestige en a souffert !

Tout est nouveau pour nous et nous étonne à Moscou : c'est quelque chose de non vu. La circulation des voitures est énorme, leur attelage est étrange, comme les cochers, comme les voitures elles-mêmes ; on coudoie une foule bigarrée revêtue de vêtements, aux couleurs voyantes où domine le rouge ; les monuments, les habitations sont de tous les styles ou plutôt n'ont aucun style ; à côté d'un palais s'élève une maison de très médiocre apparence ; les édifices, en général, n'ont qu'un ou deux étages et sont de dimensions très grandes ; les toits sont presque plats et peints de toutes les couleurs, surtout en vert ; il y a un très grand nombre d'églises, de chapelles, dont les multiples dômes de couleurs éclatantes, rouge, bleue, blanche, or, etc., étincellent au soleil ; tout cela, quelque peu discordant, étonne et détonne, mais c'est un spectacle nouveau, souvent grandiose ; pour nous, c'est déjà l'Orient !

Ce qui nous a le plus frappés dans cette curieuse ville, c'est le nombre prodigieux des églises (on en compte 450 avec, disent les indigènes, 40 fois 40 clochers), des couvents, des chapelles, et le profond sentiment religieux de la population ; les temples regorgent de fidèles, qui font force signes de croix, saluent avec des balancements de tout le corps et se prosternent en touchant la terre de leur front ; chacun, en passant même d'un peu loin de-

vant une église ou une chapelle, se découvre et salue en se signant ; personne, même un étranger, ne passera sous la Porte Sainte (une des portes du Kremlin) sans se découvrir, et les voitures ne franchissent cette porte qu'au petit pas. Nous avons rencontré deux fois *la Vierge* ; c'est une image (il y en a sans doute plusieurs), que l'on transporte auprès des malades qui ne peuvent se déplacer ; elle est portée par le clergé dans un carrosse traîné par quatre chevaux noirs attelés de front, et sur son passage la foule se découvre et se prosterne humblement. En rentrant, le le soir, nous avons vu plusieurs fois de pauvres gens couchés le long des murs des églises, des chapelles, attendant la sortie ou la rentrée de « l'Image ». Chaque maison possède une ou plusieurs icones ; il y en a dans les gares, les restaurants, les hôtels ; cela fait comprendre la puissance du Tsar, à la fois Empereur et Pape !

Les prêtres ou popes portent de longues barbes et de longs cheveux souvent bouclés ; ils ont presque tous le même type et beaucoup ressemblent étonnamment à l'image conventionnelle du Christ.

Les sentiments religieux du peuple russe sont sincères et profonds ; l'aristocratie est un peu sceptique, dit-on, mais elle encourage la naïve crédulité populaire et contribue à entretenir à grand frais les églises et les chapelles, dont les richesses sont incalculables.

Les voitures et les cochers sont une des curiosités de Moscou : les chevaux russes sont en général petits, noirs et bien conformés ; nous en avons vu, en allant de Moscou à Nijni-Nowgorod, de nombreux troupeaux quasi sauvages dans les prairies ; c'est là qu'on va les chercher ; les plus beaux sont destinés aux superbes *troïkas* de l'aristocratie, voitures à trois chevaux attelés de front, les autres aux simples *isvotchiks* ; ce nom désigne à la fois la voiture et le cocher. Celui-ci, vieux ou jeune, quelquefois très jeune, 14 ou 15 ans, très sâle en général, vissé sur son siège, est vêtu de la *koutschekoïè casaka*, espèce de grande robe de chambre bleue, rembourrée à la partie postérieure, retenue à la taille par une ceinture rouge (*kouschak poiès*), et coiffé d'un chapeau spécial (*chlapka*), peu gracieux, ressemblant un peu à notre chapeau à haute forme, mais plus bas et très évasé du haut. Ces petites voitures, qui n'ont que deux places, filent comme le vent sur les cailloux pointus, menaçant à chaque instant de vous précipiter par terre ; mais les conducteurs sont très habiles, n'accrochent et ne versent jamais, et ils ne doivent pas souvent laisser tomber leurs chevaux, car nous n'en avons vu aucun couronné. Les cochers n'appartiennent pas à une grande compagnie, mais à des loueurs qui en occupent un certain nombre ; il n'y a pas de tarif ; le prix de la course se débat chaque fois et, d'une demande quelquefois fantastique, s'abaisse presque toujours à une très modeste rétribution ; le marchandage de la course est l'objet de discussions sans fin, ameutant les cochers du voisinage qui font des offres ; mais dès que l'un deux a prononcé le fameux « *pajals* » (*convenu*), c'est fini ; il est à votre dévotion.

L'attelage russe est assez compliqué, et les voitures ont toutes un demi-cercle en bois surmontant le collier et adhérent aux brancards ; c'est la *douga*, souvent très ornementée, peinte, garnie de clous dorés et objet de luxe pour les charretiers ; les autres harnais sont en général très minces et très légers ; les traits, au lieu d'être, comme en France, en dedans, sont en dehors des brancards auxquels ils sont cloués en avant, et viennent s'attacher aux extrémités de l'essieu des roues de devant. Les chevaux ont à leurs fers d'énormes crampons pour ne pas glisser sur les mauvais pavés faits de cailloux ronds et glissants ; leur crinière et leur queue sont incultes, comme la barbe et les cheveux de leurs automédons.

On se demande pourquoi les maisons, qui doivent cependant recevoir beaucoup de neige en hiver, ont les toits presque plats au lieu de les avoir pointus ; ces toits sont en zinc, en tôle, et peints de couleur le plus souvent verte, car c'est cette peinture qui résiste le mieux ; c'est qu'on en balaye la neige et on la précipite dans les rues ; celles-ci ont des trottoirs surélevés de 30 ou 40 centimètres, et c'est entre les trottoirs qu'on accumule et qu'on tasse la neige pour assurer la circulation des traîneaux pendant l'hiver.

(*A suivre*). Dr G. G.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'internat s'est terminé hier soir par la nomination de 66 titulaires et de 57 provisoires. Trois candidats, les mieux cotés, ayant eu le même nombre de points, une épreuve supplémentaire a eu lieu après la fin du concours pour la fixation des places des trois premiers. Le sujet de cette épreuve a été : *Eléments figurés du sang* ; *signes et diagnostic de la grippe*. M. Guillain a eu 19, M. Lœper a eu 18, M. Poulain, interne provisoire (les deux autres étant externes) avait cru devoir se retirer.

Voici les noms des candidats inscrits.

Internes titulaires : 1. Guillain, Lœper, Poulain, Guéniot, Girard (Joseph), Pagniez, Durand-Viel, Duval, Petit, Bourgeois (H.).

10. Bonnel, Langlet, Desjardins, Géraudel, Léo, Boricand, Roche (Louis), Toupart, Brécy, Pestenmalgoglie.

21. Jeannin, Sikora, Chifoliau, Loubet, Ferrand, Esmonet, Lejonne, Auffret, Gouraud, Mousseaux.

31. Blondin, Neveu, Deschamps, Monod, Babonneix, Maubert, Stanculeanu, Tesson, Croisier, Gauchery.

41. Guisez, Milhiet, Bernier (Henri), Lacapère, Le Sourd (Louis), Péronelle, Lippmann, Ribière, Chauveau, Alglave.

51. Janot, Herscher, Degorce (Armand), Lamouroux, Sicard, Kendirdjy, Geraud, Judet, Labbé, Leroy.

61. Mauté, Bisch, Quiserne, Levesque, Heitz, Cathelin.

Internes provisoires. — 1. Levy (Jules), Prat, Elias, Weill (Georges), Silhol, Tourlet, Le Sourd (François), Huguier, Morichau, Beauchêne, Cathala.

11. Audistère, Coudert (Emile), Gimbal, Katz, Balthazard, Pedebidou, Bosvieux, Guibal, Meuriot, Lefas.

21. Weill (Benjamin), Robert, Du Pasquier, Roché, Pamard, Léri, Grenet, Sabatié, Laubey, Nollet.

31. Kahn, Armand Delille, Gauckler, Dambrin, Godineau, Daniel, Gougis, Follet (René), Nicaise, Gennet.

41. Tardif, Bertrand (Max), Mircouche, Chevalier (Paul), Gosne, Dlle Pariselle, Moret (Louis), Chevrey, Voisin (Henri), Saint-Cène.

51. Bentz, Girod, Legros (Gaston), Detot, Chapotin, Lance, Sebilleau.

— Classement général et répartition dans les services

HOSPITALIERS DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1898. — MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3, à leur classement et à leur répartition dans les Etablissements de l'Administration pour l'année 1898, savoir :

Pour MM. les Elèves Internes : D 2e, 3e, et 4e année, le vendredi 18 février, à deux heures ; De 1re année et à MM. les Internes provisoires, le samedi 19 février, à deux heures.

Pour MM. les Elèves externes : De 3e année, le lundi 21 février, à une heure et demie. De 2e année, le mercredi 23 février, à une heure et demie. De 1re année : première moitié de la liste, le jeudi 24 février, à une heure et demie ; deuxième moitié de la liste, le vendredi 25 février, à dix heures.

N. B. — MM. les Elèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Facultés de Médecine. — Le jury du Concours d'agrégation à la Faculté de Médecine. Section de Chirurgie et d'Accouchement est ainsi composé :

MM. Guyon, président ; Panas, Pinard, Lannelongue, Le Dentu, Ollier, Hergott. de Lapersonne, Jeannet.

Suppléants :

MM. Berger, Nélaton, Tuffier, Bar.

Les candidats inscrits sont : MM. Audebert, Auvray, Bégouin, Bouffe, Cestan, Clado, Delbet, Demelin, Demoulin, Faure, Glantenay, Guillemin, Lefort, Legueu, Lepage, Lyot, Maire, Mauclaire, Mencière, Mignot, Paquy, Peraire, Potocké, Reymond, Rieffel, Schwoob, Souligoux, Taillefer, Vauverts. Villemin, Wallech, André, Pillon, Dor, Albertin, Bénard, Bert, Dertot. Gayet, Martel, Nevé-Josserand, Rivière, Villard, Gally, Chamoyon, Bauby, Stieber, Gaudrier, Chavanaz, Fieux, Vitrac, Capman, Imbert.

Hospice de Bicêtre. — CONCOURS A LA PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DU SERVICE DES ALIÉNÉS. — Ce concours sera ouvert le jeudi 5 mai 1898, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

MM. les Docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de midi à trois heures.

Le registre d'inscription des Candidats sera ouvert le vendredi 1er avril, et sera clos définitivement le lundi 18 du même mois, à trois heures.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 9 février 1898, sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au titre étranger :

Au grade de chevalier. — M. Henri Bastard, citoyen suisse, docteur en médecine de 1882 ; ancien interne des Hôpitaux ; auteur de divers ouvrages de médecine. — M. Ivanichevitch, sujet serbe, docteur en médecine de 188 2 délégué de la Serbie au Congrès d'hygiène de 1882 : a dirigé une clinique pour les tuberculeux.

Distinctions honorifiques. — Par décision ministérielle, en date du 10 février 1898, un témoignage de satisfaction a été accordé à chacun des médecins ci-après dénommés, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie, ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. les Drs Maurin, au Luc, 47 ans de services ; — Poidevin, à Segré, 38 ans de services ; — M. Houel, officier de santé à Goderville, 36 ans de services ; — M. le Dr Bourdon, à Méru, 32 ans de services ; — M. Chaudony, officier de santé à Mézel, 31 ans de services ; — MM. les Drs Dantagnan, à Saint-André-de-Cubzac, 31 ans de services ; — Dollez, à Guise, 31 ans de services ; — Couhard, à Lucenay-l'Evêque, 30 ans de services ; — M. Richard, officier de santé à Riaillé, 29 ans de services ; — MM. les Drs Barrié, à Toulouse, 28 ans de services ; — Houdé, à Coulanges-la-Vineuse, 27 ans de services ; — Croquet, à Tergnier, 27 ans de services ; — Duvernoy, à Audincourt, 27 ans de services ; — MM. les officiers de santé Susini, à Caldarello, 26 ans de services ; — Rochefort, à Lassigny, 25 ans de services ; — Lemarchand, à Messac, 25 ans de services ; — M. le Dr Godfrin, à Clermont Meuse, 25 ans de services.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 12 février 1898 :

M. Guillemin, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Nancy, est nommé directeur du service de santé du 20e corps d'armée.

M. Guibal, médecin-major de deuxième classe au 26e d'infanterie, est affecté à la direction du service de santé du 20e corps d'armée.

Le neuvième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Angers, le lundi 1er août 1898, sous la présidence de M. le Dr Motet, membre de l'Académie de médecine.

Le programme comprendra : 1° Questions mises à l'ordre du jour. Pathologie mentale. — Les troubles psychiques post-opératoires. — Rapporteur : M. le Dr Rayneau, médecin en chef de l'Asile d'Orléans. Pathologie nerveuse. — Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux. — Rapporteur : M. le Dr Sabrazès, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Médecine légale. — Les délires transitoires au point de vue médico-légal. — Rapporteur : M. le Dr Vallon, médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine).

Prix de la cotisation : 20 francs. Adresser dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications au Secrétaire général du Congrès, M. le Dr Petrucci, Directeur médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire).

Hôpitaux de Bordeaux. — CONCOURS POUR UNE PLACE D'OCULISTE ADJOINT. Une place d'oculiste adjoint des hôpitaux et hospices est mise au concours. Les épreuves commenceront le mardi 3 mai 1898, à huit heures du matin.

Les concurrents déposeront au Secrétariat des hospices (cours d'Albret, 91), avant le 17 avril 1898 :

1° Les pièces prouvant qu'ils ont au moins 25 ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français, et un certificat de bonne vie et mœurs ; 2° leur diplôme constatant qu'ils sont, depuis au moins deux ans, docteurs en médecine de l'une des Facultés françaises et une note de leurs titres scientifiques. La Commission pourra néanmoins, par délibération spéciale, admettre à concourir les anciens internes des hôpitaux et hospices de Bordeaux, qui compteraient au moins une année de doctorat ; 3° l'engagement écrit de se conformer au règlement du Service de santé des hôpitaux et hospices de Bordeaux.

L'admission au concours est subordonnée à la décision de la Commission.

Le jury du concours est présidé par le plus ancien de ses membres titulaires présents. Il se compose de neuf juges, savoir : 1° le professeur de clinique ophtalmolo-

gique et l'oculiste titulaire des hôpitaux, qui en font partie de droit; 2° deux médecins et trois chirurgiens titulaires désignés par le sort; 3° deux docteurs choisis par la Commission administrative parmi les oculistes ou les chirurgiens honoraires des hôpitaux.

Le jury peut se constituer s'il compte sept membres au moins; il peut continuer à fonctionner jusqu'à cinq membres, mais il ne peut, dans aucun cas, s'adjoindre des membres nouveaux après sa constitution.

Un juge qui n'a pu assister à une partie de séance cesse d'être membre du jury.

Les épreuves se composent: 1° d'une composition écrite sur une question d'ophtalmologie; 2° d'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie spéciales; 3° d'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les services d'ophtalmologie; 4° de deux opérations pratiquées sur le cadavre.

Les mêmes sujets sont traités, autant que possible, par tous les concurrents. Il est accordé six heures pour la composition écrite, une heure pour la dissertation orale, précédée d'une heure de réflexion, une heure pour l'épreuve clinique, plus dix minutes de réflexion entre l'examen des malades et la dissertation, et une demi-heure pour l'épreuve opératoire.

Les sujets de toutes les épreuves, à l'exception des épreuves cliniques, sont tirés au sort parmi trois questions proposées par le jury et adoptées après discussion à la pluralité des voix.

Après chaque épreuve, les juges discutent la manière dont chacun des concurrents en a rempli les conditions et votent, à la pluralité des voix, le nombre de points à attribuer à chaque candidat. Le maximum des points, pour chaque épreuve, est fixé à 20.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires pour les candidats qui n'ont pas obtenu la moitié des points que le maximum fixé permettait d'atteindre.

Les candidats au titre d'oculiste adjoint des hôpitaux et hospices ne peuvent être nommés s'ils n'ont obtenu la moitié, au moins, du nombre total des points que le maximum fixé permettait d'atteindre.

Les oculistes adjoints remplacent, en cas d'absence, les oculistes titulaires. Les oculistes titulaires et adjoints des hôpitaux et hospices sont nommés par la Commission administrative, à la majorité absolue des suffrages.

Feuilles mortes. — Les Drs Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare, fondateur et directeur de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, et Jules Batuaud ancien interne de Saint Lazare, secrétaire de la rédaction du même journal, viennent de faire paraître le dernier numéro de 1897 de cette publication et annoncent qu'elle cesse d'exister. La *Revue des maladies des femmes* disparaît après 19 années d'une vie bien remplie. Sur les rives du Styx, la *Revue* rencontrera les ombres de bien d'autres journaux de médecine qui ont eu sur cette terre une existence plus ou moins éphémère. Qu'au moins le séjour des enfers leur soit agréable!

Journaux de médecine. — Nous recevons le premier numéro de la *Tuberculose infantile*, revue bi-mestrielle publiée sous la direction des Drs Léon Derecq et Georges Petit.

Le Dr Albert Leblond, médecin de S. Lazare, vient de créer un journal mensuel, la *Revue du praticien*. Il a « résolu de consacrer la totalité des bénéfices pouvant résulter de l'exploitation du journal à la création d'un établissement qui aura pour titre : *Maison de retraite du corps médical français*, et qui sera destiné à recevoir non seulement les médecins qui ont succombé dans la lutte, mais aussi leurs veuves et leurs enfants. »

C'est très beau cela, mon cher ami, mais, entre nous, si vous n'avez pas d'autres ressources pour créer votre maison de retraite, je crains bien que de nombreux confrères aient le temps de mourir de misère et avec eux leurs enfants et petits-enfants avant que vous ne puissiez procéder à l'inauguration du premier pavillon.

— Pouvoir recueillir dans les Journaux du monde entier tout ce qui paraît sur un sujet quelconque, sur une question dont on aime à s'occuper; surtout savoir ce que l'on dit de vous et de vos œuvres dans la presse, qui ne le souhaite parmi les hommes politiques, les écrivains, les artistes?

Le *Courrier de la Presse*, fondé en 1880, par M. Gallois, 21, boulevard Montmartre, à Paris, répond à ce besoin de la vie moderne avec autant de célérité que d'exactitude.

Le *Courrier de la Presse* lit 6.000 journaux par jour.

Le *Courrier de la Presse* reçoit sans frais les abonnements et annonces pour tous les Journaux et Revues.

Nécrologie. — M. Legouet, médecin à Broons (Ille-et-Vilaine), reçu en 1837. — Le Dr Dubois de Limoges, reçu en 1855. — Le Dr Sornas, de Château-Renaud (Indre-et-Loire). — Le Dr Genty, d'Amiens. — Le Dr Duchenne, de Sainte-Anne d'Auray.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique pour l'analyse des urines, par G. Mercier, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'école supérieure de Paris, procédés de dosage des éléments de l'urine, table d'analyse, recherches des médicaments éliminés par l'urine: 2e *édition* 1 vol. in-18 jésus de 220 p., avec 44 fig. et 4 planches en couleur. Prix, cartonné.. 4 fr. — J.-B. Baillière et Fils.

La Prostitution dans l'antiquité, dans ses rapports avec les maladies vénériennes, étude d'hygiène sociale par M. le Dr Edmond Dupouy. — Société d'éditions scientifiques.

Le bréviaire de la nourrice, par le Dr Macoret. Un volume in-18 raisin. — Prix: 1 fr. 50. — Société d'éditions scientifiques.

Les propos du docteur, par le Dr E. Monin. Un volume in-16 de 352 pages. — Société d'éditions scientifiques.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*